304

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THESIS

FOR

THE DOCTORATE IN MEDICINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Avril 1904, à 1 heure.

PAR

Léopold AUMOND
Ancien aide d'Anatomie à l'Ecole de médecine de Caen
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

De l'Iode comme Topique utérin
DANS LES INFECTIONS PUERPÉRALES

Président : M. BUDIN, *professeur.*

Juges : { M. HUTINEL, *professeur.*
MM. BONNAIRE, MÉRY, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. / BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND / TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. / TERRIER. / BERGER.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. / PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAIRE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
Accoucheur à l'hôpital Lariboisière.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BUDIN

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté.
Membre de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

De l'Iode comme Topique utérin

dans les infections puerpérales

PRÉFACE

Arrivé au terme de nos études médicales, c'est pour nous un devoir bien doux d'adresser nos remerciements les plus sincères et nos témoignages de profonde reconnaissance à tous ceux qui ont assuré le succès de nos études.

Nous exprimons notre vive gratitude à nos maîtres de l'Ecole de médecine de Caen : M. les Docteurs Auvray, Gidon, Barette, Vigot, Cattois, Guillet, Moutier, Noury, Osmont et Gosselin.

M. Launay, chirurgien des Hôpitaux, et M. Minet, chirurgien-suppléant, nous ont initié à la chirurgie, nous les remercions vivement de leurs bonnes leçons.

Que M. le Dr Comby, médecin à l'hôpital des Enfants-Malades, veuille bien croire à notre profonde gratitude. Il a su nous faire aimer la médecine infantile et nous montrer toute l'importance de la puériculture.

Notre reconnaissance est toute acquise à M. le professeur agrégé Bonnaire qui nous a enseigné l'art difficile des accouchements, et nous a inspiré le sujet de cette thèse.

M. le professeur Budin nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : nous le prions d'agréer nos respectueux remerciements.

INTRODUCTION

La fièvre puerpérale envisagée en général est peut-être de toutes les affections la plus variable, tant au point de vue de la nature des agents infectieux qui la causent, de leur diffusion et de leur localisation dans l'organisme, qu'à celui des conditions propices ou rebelles à leur culture que présente l'économie des femmes en couches. C'est un véritable Protée.

Un point capital qui domine toute étiologie de la fièvre puerpérale, c'est que la porte d'entrée principale réside dans l'utérus lui-même. C'est par cette vaste surface cruentée, mise à nu par le clivage de la caduque dont la presque totalité est entraînée avec l'arrière-faix, que pénètrent d'ordinaire les germes ; qu'ils soient amenés du dehors par des doigts ou des instruments impurs, ou qu'ils remontent spontanément venant de la vulve et du vagin.

C'est à assurer l'asepsie de la plaie utérine dans l'accouchement normal, et son antisepsie dans la parturition laborieuse ou artificielle que l'accoucheur doit attacher son principal effort. C'est là le primordial élément de la prophylaxie.

Mais que l'ennemi soit entré dans la place, il faut dès lors songer à l'en déloger, ou tout au moins chercher à étrangler ses effets nocifs. A ce point de

vue, l'infection puerpérale évolue suivant deux grands types cliniques :

1° L'infection cantonne ses effets à la zone génitale à la façon dont l'entendaient les localisateurs du milieu du dernier siècle;

2° Elle se diffuse d'emblée, les germes infectieux n'ayant d'autre rapport avec la plaie utérine que celui d'un simple lieu de passage ; et la maladie se présente avec l'allure d'une véritable toxémie sans siège particulier, réalisant en ce cas la conception pathologique des adversaires de la localisation, les essentialistes.

A dire vrai cette différenciation en deux grandes formes cliniques si disparates est loin d'offrir une précision absolue. Nombreux sont les cas à allure mixte: ce sont ceux qui, avec une réaction fébrile excessive, un abattement profond, indice d'une toxémie généralisée, présentent les signes d'une localisation pathologique utérine qui s'est faite dès le début ; ou encore dans lesquels, après une longue période de fièvre sans localisation appréciable apparaissent secondairement à l'ensemencement de tout l'organisme, des signes et symptômes morbides ayant l'utérus et ses annexes pour siége.

Donc, le traitement de l'infection puerpérale doit comporter deux éléments, qui, suivant l'une ou l'autre des deux formes sus-mentionnées, seront l'élément purement médical—traitement de la nosohémie—ou bien, au contraire, l'élément obstétrico-chirurgical — traitement de la zone génitale infectée. Il va

de soi que, dans les formes mixtes, les deux éléments de thérapeutique doivent marcher, sinon de pair, du moins simultanément.

Au clinicien avisé de discerner s'il doit insister sur l'intervention manuelle et instrumentale ou, au contraire, s'il doit porter son principal effort sur l'exaltation artificielle de la défense générale de l'organisme.

A priori, on pourrait être tenté de vouloir, en présence de toute infection puerpérale débutant, mener de front les deux modes de traitement, chirurgical et médical, systématiquement, en les appliquant avec une rigueur uniforme sans chercher à distinguer la forme ou la gravité de l'infection. Une telle manière de faire aurait l'avantage de codifier en quelque sorte le traitement de la fièvre puerpérale, et de dispenser le médecin d'initiative personnelle. Est-il besoin de dire que rien n'est plus contraire à l'esprit clinique ! En ce qui regarde le traitement médical : toniques, emploi du sulfate de quinine, des antiseptiques internes, des sérums artificiels ou antistreptococciques, etc.., il n'y aurait pas d'inconvénient à le mettre en œuvre suivant une formule unique pour tous les cas : les dangers de l'abus des toniques, par exemple, étant tout à fait problématiques.

Mais il est loin d'en être de même pour le traitement obstétrico-chirurgical. Celui-ci comporte toute une graduation dont le premier terme est l'injection utérine et le dernier l'exérèse de tout l'appareil génital profond injecté, avec, comme intermédiaires, l'attouchement direct de la plaie utérine avec des

topiques modificateurs, l'écouvillonnage, le curettage et le drainage, après ouverture des collections suppurées. Sauf en ce qui a trait à ce dernier mode de traitement, dont l'indication ne prête pas à la discussion, et à l'hystérectomie qui semble répugner autant aux chirurgiens qu'aux accoucheurs, les éléments d'intervention directe se partagent la faveur des accoucheurs. La plupart, éclectiques, les emploient simultanément et alternativement, selon les indications cliniques. Mais les techniques varient de l'un à l'autre, selon que l'accoucheur s'attache surtout soit à détruire les caillots libres dans la cavité utérine (injection utérine, irrigation continue), soit à détacher les débris de l'endomètre qui servent de repaire aux germes septiques (écouvillonnage, curettage), pour ouvrir les voies lymphatiques et sanguines et envoyer des substances antiseptiques destinées à pourchasser les germes dans l'intimité même du muscle utérin.

La bonne conduite est, à notre sens, celle qui consiste à user éclectiquement et modérément, en variant au besoin l'ordre suivant lequel on les réitère, des divers modes d'intervention, et surtout, à se bien garder de vouloir proportionner le nombre et l'insistance des manœuvres utérines, douloureuses et débilitantes, à la ténacité de la fièvre, et par là, nous entendons les curettages répétés.

Pendant l'année que nous avons passée à la Maternité de Lariboisière, nous avons vu notre maître, M. Bonnaire, procédant suivant l'éclectisme dont

nous venons de parler, user des procédés d'intervention utérine avec d'autant plus de modération que ces procédés exposent davantage à l'affaissement de l'état général, soit par l'hémorrhagie, soit par la neurorrhagie qu'ils peuvent comporter dans leur exécution. Aussi, autant nous avons vu mettre en œuvre de façon réitérée l'injection utérine qui ne fatigue pas les malades, et avec plus de réserve l'écouvillonnage et l'attouchement utérin médicamenteux qui n'est qu'un diminutif du précédent, autant nous avons vu user avec parcimonie du curettage à répétition.

Comme pour le mode d'intervention intra-utérine, il convient d'être éclectique dans le choix des antiseptiques; c'est ainsi que nous avons vu mettre en usage, suivant les indications à l'hôpital Lariboisière, le sublimé, l'iode, la liqueur de Labarraque, l'eau oxygénée, l'iodoforme, la créosote, le permanganate de potasse, les sels d'argent, le chloral, l'eau chloroformée les huiles essentielles, etc., etc. De toutes ces substances celle qui a principalement forcé notre attention, à cause des bons résultats que nous lui avons vu donner, c'est l'iode.

Nous avons personnellement manié cet agent antiseptique dans ses différentes formes topiques, dans la prophylaxie et le traitement de l'injection puerpérale, et nous présentons ici le résultat de nos observations cliniques dans le domaine de ce qu'on pourrait appeler les interventions obstétrico-chirurgicales mineures (injection utérine, écouvillonnage, attouchement l'endomètre, curettage) pensant démontrer, après beaucoup de devanciers, quel puissant auxiliaire constitue l'iode pour les accoucheurs.

CHAPITRE I

De l'injection intra-utérine iodée et de ses indications.

Le choix des antiseptiques en obstétrique doit être une des principales préoccupations de l'accoucheur ; car si l'on s'en tenait pour apprécier un antiseptique à ses propriétés désinfectante ou microbicide, on aurait bientôt de terribles déboires. Certains de ces antiseptiques, appelés par Doléris « topiques coagulants » font à la surface de la plaie utérine une véritable eschare, ils coagulent les albumines, et si tous les poisons n'ont pas été détruits cette croûte forme une barrière infranchissable qui empêche toute élémination. Dans ce groupe rentrent le sublimé, l'acide phénique, etc...

A côté de ces agents, il en est d'autres, appelés par le même auteur « topiques diffusibles et pénétrants » dont l'action nuit peu ou point à l'intégrité des tissus, à la faculté dialysante des cellules, pas plus qu'elle n'empêche l'exsudation naturelle, et l'issue à la surface des micro-organismes et de leurs toxines. Tels sont par exemple la créosote, la térébenthine et enfin l'iode.

En 1857, Dupierris de la Havane recommanda les injections intra-utérines iodées contre les hémorrhagies post-partum et fit remarquer que chez les femmes soumises à ce mode de traitement les lochies étaient moins fétides.

En 1870 Réveil dit que « l'iode détruit l'action des toxines ; des virus, des matières en putréfaction ».

Enfin, en 1890, Tarnier, après avoir employé exclusivement le sublimé et l'iode sur deux séries de malades conclut : « je me crois autorisé à recommander l'emploi de l'iode pour les injections intra-utérines de préférence à tout autre antiseptique et j'attribue l'efficacité de l'iode non seulement à sa puissance antiseptique, mais à la facilité avec laquelle il pénètre dans l'épaisseur des tissus ».

Maintenant que nous semble établie l'efficacité des injections intra-utérines iodées quand les emploierons-nous ?

Rupture prématurée des membranes.

Toutes les fois que chez une femme en travail les membranes seront rompues depuis douze heures et plus, nous devrons craindre que des germes nuisibles n'aient pénétré et dans l'œuf et dans l'utérus. Aussi une double indication se pose ici : après l'expulsion du fœtus nous laverons la coque même de l'œuf, et nous répéterons cette même précaution sitôt après la délivrance.

Antisepsie relative à la version, au forceps, à la délivrance artificielle.

On fera suivre toute opération nécessitant l'intro-

duction des mains ou des instruments dans l'utérus d'une injection intra-utérine faite après la délivrance.

Antisepsie relative à la fétidité des lochies.

Autrefois les lochies étaient fréquemment fétides, aujourd'hui cela ne se voit guère que chez les femmes négligemment soignées. Cependant malgré les soins les plus éclairés les lochies seront quelquefois fétides. Cette fétidité est due à la putréfaction des membranes, du sang se décomposant dans l'utérus. Nous ferons dans ce cas encore des injections iodées.

Antisepsie relative à la rétention du placenta à terme.

Après avoir vidé l'utérus complétement on y fera passer une injection iodée.

Antisepsie relative à l'avortement.

Dans tous les cas d'avortement s'en tenir au début à l'expectation armée, même quand il y a rétention du placenta (sur ce dernier point cependant les avis sont partagés), et pour ce, faire deux fois par jour une injection intra-utérine iodée.

Antisepsie relative à l'infection au début.

Si chez une accouchée la température axillaire s'élève au-dessus de 37°5, il faut surveiller attentivement l'utérus, voir si les lochies ne sont pas fétides, et si cette température persiste faire des injections intra-utérines iodées.

Technique.

Pour ces injections il faudra employer un récipient en verre ou en émail, une sonde en verre, plate, avec courbure sur ses faces, percée latéralement et jamais à son extrémité, éviter d'élever le récipient à plus de 50 centimètres au-dessus du plan du lit.

On se servira de la solution iodo-iodurée de Tarnier, dont voici la formule :

Iode.	3	grammes
Iode de potassium. . .	6	—
Eau distillée. . . .	1000	—

Et maintenant quelles sont les raisons qui dans toutes ces circonstances nous font préférer l'iode aux autres antiseptiques.

Dans l'antisepsie *post-partum* il faut toujours craindre l'intoxication : l'utérus, en effet, se présente comme une vaste plaie toute prête pour une rapide absorption ; et tous les antiseptiques toxiques comme le sublimé, l'acide phénique même en solutions étendues, ne seraient pas sans présenter quelque danger.

De plus la solution iodée que nous employons émet sous l'action de la chaleur d'abondantes vapeurs d'iode, qui pénètrent largement les sinus, les cornes utérines, les moindres anfractuosités, et modifient ainsi les toxines d'une façon beaucoup plus parfaite.

Par conséquent dans l'antisepsie puerpérale nous conseillons d'écarter les antiseptiques coagulants et dangereux, et de recourir aux antiseptiques non toxiques et diffusibles, eau oxygénée et surtout iode.

CHAPITRE II

De l'attouchement iodé.

En traitant dans le chapitre précédent des indications de l'injection intra-utérine iodée, nous avons signalé son emploi dans l'infection puerpérale au début. Quand chez une accouchée, avons-nous dit, la température axillaire s'élève au-dessus de 37,5, il faut matin et soir faire *in utero* un lavage iodé. Mais quelquefois, souvent même, ce traitement tout élémentaire ne suffit pas ; deux, trois jours, on l'applique avec beaucoup de constance et de soin, et les phénomènes du début persistent, ou s'aggravent ; l'action modificatrice et mécanique de ce procédé devient insuffisante.

A quoi attribuer cet échec du traitement? Plusieurs cas peuvent se présenter : le lavage utérin est pratiqué de la façon la plus classique, la femme dans la position horizontale, le siége élevé sur un bassin, la tête basse, la main de l'opérateur en contact avec l'extrémité de la sonde à travers la paroi abdominale. Malgré toutes ces précautions une partie de l'utérus peut ne pas être irriguée, le liquide par exemple

atteint difficilement les cornes. Et alors il se fait là une culture intensive qui entretient la fétidité des lochies et la fièvre. Ou bien encore quelques caillots sont restés adhérents dans des sinus béants et fermentent dans l'utérus, ou une muqueuse de mauvaise nature exsude des liquides septiques que la simple injection ne suffit pas à modifier.

A cette infection puerpérale on oppose en général, avant d'en arriver au curettage, le procédé de Doléris, l'écouvillonnage. Loin de nous la pensée de discuter la valeur de ce procédé qui n'a plus à faire ses preuves, et que nous voyons constamment employé avec succès à la Maternité de Lariboisière. Mais que demande-t-on surtout à l'écouvillonnage ? C'est seulement une action mécanique, il joue le rôle de balai : il s'est fait une rétention partielle des membranes, quelques débris de caduque sont demeurés dans l'utérus, l'écouvillon les arrache et les entraîne.

Mais dans le cas que nous signalions plus haut, nous avons plus besoin d'une action modificatrice que d'une action mécanique. Nous avons surtout des sécrétions microbiennes, des toxines multiples, et si nous pouvions porter directement à leur contact un antiseptique en solution plus concentrée, et en quelque sorte plus stable que l'injection, peut-être aurions-nous un résultat satisfaisant. Aussi c'est dans ces cas pour ainsi dire intermédiaires que M. Bonnaire emploie l'*attouchement iodé*.

En quoi consiste ce procédé? Imbiber le revêtement interne de l'utérus d'une couche de teinture d'iode.

Quels sont ses avantages et comment agit-il ? C'est d'abord un procédé fort simple, il ne nécessite comme instrument qu'une tige métallique mousse, dont la longue pince à pansement utérin nous paraît le type parfait ; à l'extrémité de cette tige on enroule un bourdonnet de coton hydrophile, et avec ce tampon improvisé, imbibé de la solution de teinture d'iode du codex, on badigeonne et recouvre comme d'un vernis tous les coins et recoins de l'utérus. C'est là une sorte d'instillation utérine, on porte le topique à l'endroit même où il est nécessaire ; ce procédé à ce seul point de vue est déjà beaucoup plus sûr que l'injection utérine. De plus l'iode légèrement caustique et irritant agit sur les fibres musculaires de l'utérus, les excite et active l'involution utérine qui dans tous les cas d'infection a tendance à se faire lentement et incomplétement. Enfin l'iode antiseptique très énergique, volatil sous l'action de la chaleur, modifie la surface utérine, et pénètre les sinus et les glandes, mais il agit surtout par sa puissance chimio-tactique, appelant dans les parois utérines les leucocytes, véritables antiseptiques vivants de par leur action phagocytaire.

Nous relatons à la fin de cette étude quelques (observations I à XII); elles montrent que souvent après un seul attouchement iodé, et dans des infections d'origine obstétricale fort différente, on a obtenu une chute de la température, et une amélioration notable qui s'est maintenue jusqu'à la guérison complète.

Nous préconisons donc l'attouchement iodé dans toutes les infections puerpérales au début, après exérèse préalable de tous les caillots ou les détritus d'arrière-faix adhérents à la surface interne de l'utérus.

CHAPITRE III

De la prophylaxie et de la réinfection-utérine par l'attouchement iodé.

Il est d'observation courante que chez beaucoup de malades toute intervention sur l'utérus infecté produit, dans les premières heures qui suivent, un long frisson et une élévation notable de la température. Nous avons vu à la Maternité de Lariboisière une femme chez laquelle on dut supprimer les injections intra-utérines, qui s'accompagnaient toutes de ce stade fébrile. Il est vrai que dans ce cas la régularité et la répétition du phénomène ont fait penser à une manifestation d'ordre purement nerveux, probablement hystérique ; car la bénignité de la lésion locale ne permettait pas d'expliquer autrement ce symptôme de réinfection.

Aussi nous écarterons cette réinfection nerveuse, la plus rare de beaucoup et qui ne peut se traiter qu'en supprimant la cause efficiente, pour nous occuper

seulement de ces phénomènes fébriles qui suivent les interventions plus graves : curage digital, curettage, écouvillonnage.

Prenons un exemple pour fixer les idées : une femme a fait un avortement avec rétention partielle de l'arrière-faix ; après quelques jours d'expectation armée (repos absolu et injections intra-utérines à l'eau oxygénée ou à l'iode), la température monte à 38°. On fait un curettage et on prend à ce moment la température ; une heure, deux heures après la malade commence à claquer des dents, son corps se couvre de sueurs, un frisson intense l'envahit, et sa température s'élève à ce moment de deux à trois degrés. Puis les choses reviennent à l'état normal : la température baisse, et ces phénomènes ne se reproduisent plus Obs. XIV à XVII).

On peut donner de ce phénomène l'explication suivante : Des débris de placenta, des membranes, des caillots, se putréfient dans l'utérus ; l'endomètre est recouvert d'une couche de produits septiques et de toxines. A ce moment la curette vient arracher la barrière granuleuse de défense qui s'est formée au-dessus de l'amas putrilagineux, et qui faisait en quelque sorte un revêtement de protection ; les vaisseaux lymphatiques et sanguins débouchés peuvent absorber les toxines émanant de l'amas putréfié : ces poisons passent dans le sang et leur diffusion produit le frisson et la réaction fébrile. Et ce qui prouve que ce phénomène est bien d'origine sanguine c'est que dans les cas de grossesse avec œuf mort (Obs.

XIII) si on pratique un curettage, la réinfection fait défaut, ou tout au moins est exceptionnelle. L'œuf est devenu en effet corps étranger dans l'utérus, il n'y a plus de connexions vasculaires, la circulation utérine est flétrie, et par conséquent la voie pour les toxines n'existe plus.

D'après ce que nous avons pu observer, cette réinfection utérine n'offre sans doute pas en elle-même une gravité bien grande, et n'assombrit pas beaucoup le pronostic. Mais cependant, il n'est pas déraisonnable de se demander si en certains cas le curettage n'a pas pu, par un véritable réensemencement de l organisme, aggraver et prolonger une infection qui eût cédé plus aisément sans cette intervention. En elle-même la réinfection doit-être considérée comme une petite, complication du curettage, elle fatigue la malade, surtout si l'état général est déjà mauvais, elle bouleverse l'entourage, et pour toutes ces raisons mérite toute l'attention de l'accoucheur.

M. Bonnaire, à la Maternité de Lariboisière, pour lutter contre cette réinfection, fit pratiquer systématiquement l'attouchement iodé avant le curettage.

Au début on opérait en un seul temps : la femme était mise en position obstétricale, on faisait d'abord un attouchement iodé, puis le curettage. (Obs. XVIII à XX). Ce procédé ne donna pas les résultats attendus, dans la plupart des cas la réinfection se produisait peut-être cependant, légèrement atténuée.

On modifia alors la technique ; on fit et on fait maintenant l'attouchement iodé trois heures environ

avant de pratiquer le curettage (Obs. XXI à XXIV) et le résultat fut parfait : plus de frisson, plus de fièvre de réinfection. Cette différence de résultat dans ces deux modes opératoires explique d'elle-même comment agit l'attouchement iodé. Il modifie les toxines qui stagnent dans l'utérus, et diminue leur toxicité, ensuite il produit *in loco* un appel momentané de polynucléaires, une diapédèse active. Aussi quand plus tard on fera le curettage l'iode aura en grande partie aseptisé les substances à enlever et la défense de la paroi utérine sera assurée. Il est évident que dans le cas où on fait se succéder immédiatement les deux interventions, les phénomènes antitoxiques n'ont pas le temps de se produire à fond, et la prophylaxie n'est pas complète.

Nous avons employé l'attouchement iodé avant le curettage ; mais il est également indiqué dans toutes les interventions sur l'utérus, écouvillonnage et curage digital ; car dans ces cas la réinfection est à peu près constante. Nous conseillons donc, comme conclusion, de faire trois heures environ avant toute intervention sur un utérus infecté un attouchement iodé.

On peut nous objecter que nous compliquons singulièrement les choses en donnant à la malade les affres d'une double opération. Evidemment c'est là une objection qui a sa valeur, cependant lorsque nous aurons donné la technique vraiment tout élémentaire de notre procédé, nous pensons qu'elle ne sera pas absolue.

Technique

Mettre la malade dans la position obstétricale, saisir le col avec la pince molaire du Dr Bonnaire qui fixe bien sans risque de déraper. Puis avec un tampon monté sur une pince à pansement utérin et imbibé de la solution de teinture d'iode normale badigeonner complétement la cavité utérine.

OBSERVATIONS

Nous avons recueilli ces observations dans le service de M. Bonnaire à la Maternité de Lariboisière ; nous avons suivi nous-même les malades, l'effet du traitement, et noté jour par jour les différents faits cliniques. Aussi nous leur conserverons à dessein leur caractère de notes prises au courant de la plume ; telles nous les avons relevées, et telles nous les présentons ; elles auront au moins le mérite de la sincérité.

OBSERVATION I

Délivrance artificielle. Rétention des membranes.

F..., primipare, 23 ans, entre en travail à la Maternité le 4 octobre 1903. Grossesse de sept mois environ. Accouchement prématuré. Délivrance artificielle pour hémorrhagie. Rétention partielle des membranes. On fait une injection intra-utérine iodée.

Le 7 au soir la malade a un frisson et sa température monte à 39. On lui donne 0.50 centigr. de quinine.

Le 8 matin 37°. Injection utérine à eau oxygénée. Soir 38°. Injection utérine iodée.

Le 9, 37° 5 et 38°. Injections intra-utérines iodées.

Le 10, la température persistant aux environs de 38°, on fait *un attouchement iodé.*

Le 11 matin 37°. Injection utérine iodée. Soir 37°, injection utérine iodée.

Les jours suivants la température reste normale et la malade sort guérie.

OBSERVATION II

Accouchement provoqué. Périnéorrhaphie.

B..., 24 ans, entre le 25 octobre. Grossesse à terme. Enfant vivant en S. I. D. P. Bassin vicié. On provoque l'accouchement avec un ballon Tarnier. Accouchement d'un garçon vivant Déchirure profonde du périnée. Délivrance naturelle et complète. Injection intra-utérine iodée et périnéorrhaphie.

Au troisième jour après l'accouchement la température monte à 38°. Utérus dur et douloureux. On met de la glace sur le ventre, et on fait des injections utérines iodées.

Après deux jours de ce traitement l'utérus est moins douloureux, mais la température reste toujours au-dessus de la normale.

On pratique un *attouchement iodé.* L'état s'améliore. La température demeure aux environs de 37° et la malade sort douze jours après en bon état.

OBSERVATION III

Accouchement spontané. Délivrance naturelle.

C..., 23 ans, multipare. Grossesse à terme. Sommet engagé en G. A., accouche spontanément d'un enfant vivant. Délivrance naturelle et complète.

Au sixième jour lochies fétides. Utérus douloureux. T. 37°,9.

Le lendemain on fait un *attouchement iodé* et le soir même l'état général et local s'améliore, et cet état persiste jusqu'au départ de la malade.

OBSERVATION IV

Enfant mort. Rigidité du col. Perforation du crâne. Cranioclasie.

P..., 27 ans, primipare, entre à la Maternité en travail. Membranes rompues depuis quatre jours. Enfant mort.

Liquide amniotique vert et fétide.

Rigidité du col. On introduit l'écarteur Tarnier. On n'arrive pas à dilater le col. On perfore le crâne.

Malgré une vigoureuse expression on n'arrive pas à terminer l'accouchement. On introduit le cranioclaste et on retire un enfant du poids de 3.200 grammes.

Délivrance naturelle 20 m. après l'accouchement.

On fait une injection intra-utérine à l'eau oxygénée, puis un *attouchement iodé*.

La malade n'a pas de fièvre les jours suivants.

OBSERVATION V

Accouchement spontané à terme. Délivrance naturelle et complète.

C..., primipare. Le cinquième jour après l'accouchement la malade a un frisson et 40°. On lui fait une injection iodée.

Le lendemain 38 4. On fait un *attouchement iodé.*

La température restant à 38 et au-dessus, on fait un second *attouchement iodé,* puis un troisième.

La malade sort guérie.

OBSERVATION VI

Rupture prématurée des membranes.

M..., 23 ans, primipare, entre à la Maternité en travail. Les membranes sont rompues depuis deux jours. Accouchement spontané. Délivrance complète. On fait une injection intra-utérine iodée.

Le troisième jour T. 38°, utérus mou, lochies fétides, injection intra-utérine iodée, glace.

Le lendemain matin 37°, soir 37°9, lochies sont toujours fétides. On continue la glace.

Le cinquième jour 38°5. On fait un *attouchement iodé* tout en continuant la glace.

La température tombe brusquement le soir même pour ne plus relever.

OBSERVATION VII

Inertie utérine. Application de forceps.

L..., 21 ans, primipare, entre avec une dilatation complète. Inertie utérine, on fait une application de forceps à la vulve. Délivrance complète. Injection intra-utérine iodée.

Le lendemain T. 37°, injections vaginales.

Le deuxième jour T. 38°. Utérus mou, douloureux. On met de la glace sur le ventre. Injection iodée.

La température oscille les jours suivants entre 37° 5 et 38° M. Bonnaire fait un *attouchement iodé*.

L'état s'améliore et la température reste à 37°.

OBSERVATION VIII

Grossesse gémellaire.

S..., 36 ans, secondipare. Grossesse de 7 mois et demi. Accouche de deux enfants vivants. Délivrance naturelle et complète. Injection intra-utérine iodée.

Le deuxième jour, température 38°, utérus dur, glace sur le ventre. Injections iodées.

Le quatrième jour, température soir 39°, 4. On fait un *attouchement iodé*, qui amène une chute de la température.

OBSERVATION IX

Délivrance artificielle.

W..., 25 ans, primipare accouchée en ville. Délivrance artificielle pour adhérence cotyledonaire et rétraction de l'anneau de Bandl. Injection intra-utérine iodée.

Deux heures après la délivrance la malade a un frisson et 39°,2.

On fait des injections intra-utérines, et la température oscille les jours suivants entre 37° et 38°.

On fait alors un *attouchement iodé* et la température tombe.

OBSERVATION X

Rupture prématurée des membranes.

S..., 28 ans primipare. Membranes rompues avant l'arrivée. Accouchement spontané. Délivrance complète. Injection intra-utérine iodée le 26 janvier.

Le 30, utérus gros, lochies fétides, température 37° 8 ; injection intra-utérine iodée.

Le 1er, 38°4 lochies, toujours fétides.

On fait un *attouchement iodé*.

La température reste normale les jours suivants.

OBSERVATION XI

Avortement. Rétention partielle du placenta.

A..., 36 ans, entre à la Maternité. Avortement fait en ville. Rétention de débris placentaires. A l'arrivée elle a 39°,5. Pouls 130.

On fait un attouchement iodé.

Le lendemain matin 37°2. Injection utérine oxygénée. Soir 38°4. La malade tousse.

Le troisième jour, matin 37°. Soir 38°. Utérus non douloureux, lochies non fétides.

La malade tousse toujours, et on trouve à l'auscultation un sommet suspect. Ce qui expliquerait bien l'élévation vespérale.

OBSERVATION XII

Application de forceps. Trombus du col.

F..., 28 ans, secondipare. Grossesse à terme. Bassin généralement rétréci. On fait une application de forceps à la partie supérieure de l'excavation. Trombus de la terre antérieure du col.

Délivrance naturelle et complète. Injection intra-utérine iodée.

Les cinq premiers jours la température reste normale.

Le sixième, température soir 38°3, utérus gros, très permeable, légèrement douloureux. On fait un écouvillonnage suivi d'un attouchement iodé.

La température reste normale, le col se sphacèle et les débris sont expulsés avec les injections.

OBSERVATION XIII

Œuf mort. Curettage sans attouchement iodé préalable. Pas de réinfection.

G..., 30 ans, multipare. Avortement de 2 mois et demi. Premier temps fait en ville. A l'arrivée la malade perd du sang en assez grande quantité. On essaie d'extraire le placenta sans succès ; le col est revenu sur lui-même.

On fait des injections vaginales chaudes. Le lendemain on pratique un *curettage sans attouchement iodé préalable ;* on retire quelques débris.

Température avant le curettage 36°9.

Température après le curettage 37°2.

Pas de frisson de réinfection.

OBSERVATION XIV

Curettage sans attouchement iodé. Frisson de réinfection.

M.., multipare. Avortement fait en ville suivi d'une hémorrhagie assez abondante. Elle expulse à son arrivée un long lambeau de caduque.

Le lendemain température 37° 2. On extrait des débris de placenta à la pince mouchette, puis curettage suivi d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée sans *attouchement iodé* préalable.

Deux jours après température 40°, frisson qui dure 1/4 d'heure.

Pendant quelques jours la température oscille entre 37° et 38°. On fait des injections intra-utérines iodées, puis un attouchement iodé, et la température devient normale.

OBSERVATION XV

Curettage sans attouchement iodé. Réinfection.

D..., 17 ans, primipare. Avortement de trois mois environ. Premier temps, fait en ville. Col fermé. Segment inférieur distendu, température 37°8.

Curettage sans attouchement iodé préalable.

Température avant le curettage 37°5,

Température deux heures après 38°4; frisson.

Le lendemain la malade est agitée ; température 38°8 on fait un attouchement iodé, et les jours suivants la température reste normale.

OBSERVATION XVI

Curettage. Ecouvillonnage sans attouchement iodé. Réinfection.

H..., 20 ans, primipare entre en travail. Grossesse à terme.

On fait une application de forceps parce que l'enfant souffre Hémorrhagie après l'expulsion du fœtus. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine iodée.

Au troisième jour, température 39°6. On fait un curettage suivi d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée sans attouchement iodé.

Une heure après la malade a un grand frisson qui dure 25 minutes.

Les jours suivants la maladie suit son cours et la malade sort guérie.

OBSERVATION XVII

Curettage, écouvillonnage sans attouchement. Réinfection.

P..., 37 ans, primipare. Grossesse à terme. Accouche d'un enfant vivant se présentant par le siége. Déchirure du périnée. Injection intra-utérine iodée après la délivrance. Périnéorrhaphie.

Les jours suivants la température oscille entre 37° et 38.

On fait un curettage et un écouvillonnage sans attouchement iodé, température 39°4.

Une heure après la malade a un grand frisson de 20 minutes, température 40°.

OBSERVATION XVIII

Curettage. Ecouvillonnage. Attouchement iodé immédiatement avant. Réinfection.

D..., 30 ans, primipare. Grossesse à terme. Entre avec les membranes rompues depuis deux jours. Accouchement spontané. Délivrance artificielle. Rétention d'une partie des membranes. Injection intra-utérine iodée.

Le quatrième jour température 38°. On fait d'abord un *attouchement iodé*, puis un curettage et un écouvillonnage.

Deux heures après la malade a un léger frisson et sa température monte à 39°.

OBSERVATION XIX

Attouchement iodé immédiatement avant le curettage. Réinfection.

B..., 24 ans. Primipare. Accouchement spontané. Délivrance complète.

Au troisième jour lochies fétides. Température 37°5. On fait un *attouchement iodé suivi d'un curettage.* Une demi-heure après la malade a un frisson et 38°6.

OBSERVATION XX

Curettage précédé d'un attouchement iodé. Réinfection.

M..., 25 ans, accouchement à terme. Rétention des membranes.

Au troisième jour la malade a 38°5. On fait un curettage précédé immédiatement d'un attouchement iodé.

Trois heures après la malade a un frisson et 39°1.

La malade sort guérie.

OBSERVATION XXI

Attouchement iodé préalable. Curettage. Pas de réinfection.

M..., 29 ans, multipare. Avortement de deux mois. Premier temps fait en ville. Rétention du placenta. Température 38°. Injection intra-utérine iodée.

Fétidité des lochies.

On fait un attouchement iodé, puis trois heures après un curettage suivi d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée.

Température avant, 38°.

Température après, 38°2. Pas de frisson.

OBSERVATION XXII

Attouchement iodé préalable. Curettage. Pas de réinfection.

E..., 22 ans, primipare. Grossesse de 5 mois et demi. Procidence du cordon. Expulsion d'une fille macérée.

Rétention partielle des membranes.

Injection intra-utérine iodée.

Au quatrième jour, température 38°4, utérus douloureux. Col perméable.

On fait un attouchement iodé à deux heures du soir.

A 5 heures, température 39°. Curettage, écouvillonnage à la glycérine créosotée.

Température 3 heures après, 39° ; pas de frisson.

OBSERVATION XXIII

Curettage avec attouchement iodé préalable. Pas de réinfection.

P..., 30 ans, multipare. Avortement de 2 mois et demi. Premier temps fait en ville. Lochies fétides. Le placenta est en partie engagé dans le col.

Attouchement iodé à 7 heures du matin.

A 10 heures, curettage. Température 37°7.

A 12 heures, température 37°7. Pas de frisson.

OBSERVATION XXIV

Curettage avec attouchement iodé préalable. Pas de réinfection.

G..., 34 ans, multipare. Avortement de deux mois fait en ville, fétidité. Température 38°.

On fait un attouchement iodé.

Trois heures après, curettage, écouvillonnage à la glycérine créosotée. Température 37°4.

Température trois heures après 37°4. Pas de réinfection.

CONCLUSIONS

L'emploi de l'iode comme topique intra-utérin est indiqué :

1° Sous forme d'injections utérines en solution aqueuse à 3/1000 dans le traitement prophylactique de l'infection puerpérale dans les cas suspects (rupture prématurée des membranes, touchers répétés, mort du fœtus *in utero*, extraction artificielle du fœtus ou de l'arrière-faix, etc.)

2° A titre curatif, sous forme d'injection utérine *post partum* dans les cas où la température commence à dépasser 37°5, alors que la source de l'hyperthermie débutante ne peut-être décelée en dehors de l'utérus (tube digestif, mamelles).

3° A titre curatif, comme topique en solution alcoolique, teinture d'iode, porté directement par frictions et attouchement sur toute la surface de l'endomètre.

4° Sous cette même forme topique, préalablement à toute manœuvre d'exérèse instrumentale de produits infectés, adhérents à l'utérus, dans le but de

prévenir une recrudescence d'infection (fièvre de réinfection) liée à l'absorption des amas septiques dilacérés, par les vaisseaux veineux et lymphatiques artificiellement ouverts.

Vu le Président de la thèse,

BUDIN

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu : et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Dupierris. — Brochure. Paris, 1870.

— Gazette des hôpitaux, 1857.

Réveil. — Archives générales de Médecine, 1863.

Tarnier. — De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique, 1890.

Riou. — Du traitement de l'infection puerpérale. Thèse de Paris, 1901.

Doléris. — Société d'obstétrique et de gynécologie, 1887.

— Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie, 1887.

Hayem. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,

Thoizon. — Sur un point de traitement de l'infection puerpérale. Thèse de Paris, 1897.

Rigal. — Contribution à l'étude de l'infection puerpérale. Thèse de Paris, 1901.

Baudin. — Contribution à l'étude de l'infection puerpérale Thèse de Paris, 1901.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique, 1900.

Dubrisay et Jeannin. — Précis d'accouchement. 1903.

Imp. de la Faculté de médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, 15, Paris.